

Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social

Instruments for the Assessment of Social Anxiety Disorder

FLÁVIA DE LIMA OSÓRIO¹
JOSÉ ALEXANDRE DE SOUZA CRIPPA²
SONIA REGINA LOUREIRO²

Resumo

O transtorno de ansiedade social (TAS) é um distúrbio de difícil diagnóstico pelos clínicos, o que estimula o estudo e desenvolvimento de instrumentos que favoreçam seu reconhecimento precoce e sistemático. Objetiva-se identificar na literatura indexada entre janeiro de 1999 e julho de 2004, artigos relativos a estudos psicométricos sobre instrumentos para avaliação do TAS. Procedeu-se à busca sistemática nos indexadores PsycInfo, Lilacs e Medline, utilizando-se as palavras-chaves: *social phobia scale*, *social phobia validity*, *social phobia reliability* e *social anxiety*, identificando-se 26 artigos. Para a análise, os estudos foram agrupados em dois conjuntos: a) onze relativos à *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS), e b) quinze relativos a outras escalas já validadas ou em validação. Dos estudos com a LSAS, seis trabalharam com a versão hetero-aplicada e quatro com a auto-aplicada, tendo identificado qualidades psicométricas satisfatórias quanto à validade no idioma original (inglês), e outros idiomas: francês, hebraico, turco e espanhol. Do mesmo modo, bons índices de fidedignidade foram encontrados e quanto à análise fatorial, o modelo de quatro fatores foi considerado o mais adequado. Dos

Recebido: 17/11/2004 - Aceito: 10/02/2005

1 Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

2 Professor Doutor do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Trabalho realizado no Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Prof. Dr. Sonia Regina Loureiro recebe bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Produtividade em Pesquisa.

Este trabalho tem apoio da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FAEPA.

Endereço para correspondência: Flávia de Lima Osório. Departamento de Neuropsiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas, 3ª and., Av. Bandeirantes, 3900 – 14049-900 – Ribeirão Preto – SP. Fone: (16) 602-2837; Fax: (16) 635-0713; e-mail: flaliosorio@ig.com.br

estudos com outras escalas, sete trabalharam com instrumentos já validados e oito com novas escalas, identificando valores satisfatórios quanto à validade e fidedignidade. As principais limitações verificadas nos estudos relacionaram-se à diversidade de padrão-ouro adotada, composição amostral com ausência de claros critérios de inclusão e exclusão, e pequeno número de estudos com amostras não-clínicas, dificultando o uso dos instrumentos para rastreamento na população geral. Estudos futuros que visem aprimorar a validação de critério com base na análise fatorial e de *cluster*, parecem necessários e oportunos.

Palavras-chave: Fobia social, ansiedade social, escalas, instrumentos, revisão.

Abstract

Social anxiety disorder (SAD) is difficult to diagnose by clinicians, a fact that stimulates the study and development of instruments that will favor its early and systematic recognition. The objective of the present study was to identify in the literature indexed from 1999 to July 2004 articles related to psychometric studies on instruments for the assessment of SAD. A systematic search was performed in the PsychoInfo, Lilacs and Medline indexing services using the following key words: social phobia scale, social phobia validity, social phobia reliability and social anxiety scale, with 26 papers being identified. For analysis, the studies were divided into two groups: a) Eleven regarding the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) and b) Fifteen regarding other scales already validated or in the process of validation. Among the studies with the LSAS, six worked with the hetero-applied version and four with the self-applied version, identifying satisfactory psychometric qualities regarding validity in the original language (English) and in other languages such as French, Hebrew, Turkish and Spanish. In addition, good reliability indices were found, and regarding factorial analysis, the four-factor model was considered to be the most adequate. Among the studies using other scales, eight worked with instruments already validated and seven with new scales, identifying satisfactory values regarding validity and reliability. The main limitations pointed out in the studies surveyed were related to the diversity of the gold standard adopted; sample composition with the absence of clear inclusion and exclusion criteria, and the small number of studies on non-clinical samples, impairing the use of the instruments for general population screening. Future studies are clearly needed to improve the validation of the criterion based on factorial and cluster analysis.

Key words: Social phobia, social anxiety, scales, instruments, review.

Introdução

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social, segundo o DSM-IV (APA, 1994) é caracterizado pelo medo persistente de uma ou mais situações nas quais o indivíduo é exposto à possível avaliação por parte de outros, como por exemplo comer, beber, falar em público, ser o centro das atenções, interagir com o sexo oposto, temendo fazer algo ou comportar-se de maneira humilhante ou embaraçosa. A evitação destas situações é freqüente e constante, o que caracteriza a esquiwa fóbica. Porém, quando tais situações são inevitáveis, são evidenciadas manifestações importantes de ansiedade freqüentemente acompanhadas de sintomas autonômicos.

Apesar do TAS ser o mais freqüente transtorno de ansiedade e responder a terapia medicamentosa e psicoterápica, a busca por tratamento é pequena, sendo também uma condição muitas vezes, subestimada e sub-reconhecida pelos clínicos (Pollack, 2001; Martín-Santos e Crippa, 2003).

Considera-se assim, que é de extrema importância a identificação precoce e correta deste transtorno, minimizando sofrimentos e prevenindo o desenvolvimento de comorbidades associadas a um pior prognóstico. É neste contexto diagnóstico que se insere a potencial contribuição das escalas de avaliação.

O reconhecimento do valor das escalas para a avaliação sistemática em psiquiatria está em grande

parte associado à ausência de marcadores biológicos ou de outras representações objetivamente mensuráveis para a identificação dos transtornos psiquiátricos (Versiani, 1989). Com relação ao TAS a identificação precoce e sistemática do quadro clínico é de grande importância, sobretudo, frente às peculiaridades deste transtorno, relacionada a auto-percepção das dificuldades e ao sub-reconhecimento por parte dos profissionais de saúde mental, o que pode dificultar o diagnóstico clínico.

Objetivo

Objetivou-se identificar na literatura indexada entre janeiro de 1999 e julho de 2004, artigos relativos a estudos psicométricos sobre instrumentos para avaliação do TAS e de seus subtipos, analisando suas peculiaridades quanto à fidedignidade e validade.

Procedimento

Procedeu-se a uma busca sistemática nos indexadores eletrônicos PsycInfo, Lilacs e Medline, utilizando-se as palavras-chaves: *social phobia scale*, *social phobia validity*, *social phobia reliability* e *social anxiety scale*. Utilizaram-se como critérios de exclusão estudos relativos a: a) modalidades terapêuticas em psiquiatria incluindo TAS; b) aspectos clínicos e epidemiológicos do TAS; c) escalas gerais de sinais e sintomas não-específicas do TAS; e d) ansiedade associada a quadros orgânicos ou a outros quadros psiquiátricos. Adotaram-se como critérios de inclusão artigos: a) idiomas: inglês, francês, espanhol e português; b) amostras de sujeitos adultos; e c) estudos psicométricos relativos a instrumentos específicos para *screening* e avaliação do TAS e de seus subtipos.

Resultados

Aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, identificou-se um total de 26 artigos, que serão objetos de análise nesta revisão.

Observou-se que no geral, os estudos foram conduzidos com amostras de ambos os sexos, variando de 20 a 2.000 sujeitos (mediana = 253), predominando a faixa etária dos 30 aos 35 anos. Sete estudos avaliaram amostras clínicas compostas por indivíduos com TAS, comparativamente a outros sujeitos com transtornos de ansiedade e a controles sistematicamente avaliados quanto à ausência de sintomas psiquiátricos. Para inclusão nas amostras, os estudos utilizaram os manuais diagnósticos como o DSM-IV, com base em entrevistas estruturadas como a *Structured Clinical Interview* (SCID), a *Disorders Interview Schedule-Revised* (DIS-R), a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (SADS) e a *Composite International*

Diagnostic Interview (CIDI). Cinco estudos incluíram como critérios de exclusão a presença de outros transtornos psiquiátricos como depressão, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e abuso de substâncias.

Com relação aos instrumentos utilizados para a avaliação do TAS, identificou-se uma ampla variedade, sendo que 11 estudos foram relativos à *liebowitz social anxiety scale* (LSAS), e outros 15 envolveram outros instrumentos. Nesta revisão, para facilitar a análise dos estudos, os mesmos foram agrupados em dois conjuntos: a) os relativos à LSAS, b) os relativos aos outros instrumentos já validados ou em validação.

Estudos relativos à *Liebowitz Social Anxiety Scale*

A LSAS, desenvolvida em 1987, foi a primeira escala hetero-administrada para a avaliação do TAS (Greist *et al.*, 1995). Caracteriza-se pela avaliação de situações de desempenho e de interação social que os indivíduos com TAS tendem a evitar ou temer. É composta por 24 itens divididos em duas subescalas: interação social (11 itens) e desempenho (13 itens), avaliados em uma escala *Likert* de quatro pontos (zero a três). Na codificação, consideram-se seis subescalas (medo, medo de interação social, medo de desempenho, evitação, evitação de interação social e evitação de desempenho) e o escore total é a somatória das subescalas. Suas qualidades psicométricas têm sido amplamente estudadas.

Nos 11 estudos identificados relativos a esta escala, seis avaliaram a versão hetero-aplicada, quatro a auto e um ambas. Sete estudos trabalharam com a versão original da escala (inglês) e quatro com versões para outros idiomas (francês, hebraico, turco e espanhol). As principais qualidades psicométricas evidenciadas por estes estudos são apresentadas na tabela 1.

Quanto aos estudos da versão original na língua inglesa, Heimberg *et al.* (1999) avaliaram as propriedades psicométricas da versão hetero-aplicada da LSAS, para uma ampla amostra de indivíduos com TAS. A consistência interna da escala mostrou-se adequada, sendo alta a correlação entre os subescores. A validade convergente mostrou-se também adequada, sendo que as subescalas de interação social foram mais fortemente correlacionadas com a *social interaction anxiety scale* (SIAS), uma medida relacionada à ansiedade de interação social, e as subescalas de desempenho com a *social phobia scale* (SPS), um instrumento que avalia a ansiedade de desempenho. Quanto à validade discriminante, observaram a correlação da escala com medidas gerais de ansiedade e depressão, antes e após tratamento, com valores superiores aos observados para a validade convergente.

Mennin *et al.* (2002), objetivando o estudo da sensibilidade, determinaram a nota de corte para a

Tabela 1. Principais qualidades psicométricas evidenciadas pelos estudos relativos à *Liebowitz Social Anxiety Scale*.

Autor/ano	Fidedignidade	Validade convergente	Validade preditiva/discriminante	Validade divergente
Heimberg <i>et al.</i> (1999)	$\alpha = 0,81-0,96$	0,47-0,76	trat a/p = 0,52/0,56	—
Mennin <i>et al.</i> (2002)	—	—	S = 72,5- 94,5%	—
Fresco <i>et al.</i> (2001)	$\alpha = 0,82-0,95$	0,47-0,77(auto), 0,45-0,72 (hetero)	—	0,13-0,36 (auto) 0,05-0,40 (hetero)
Baker <i>et al.</i> (2002)	$\alpha = 0,91-0,95$ T/R=0,79-0,83	0,68-0,85	Correlação trat a/p = 0,60	0,44-0,48
Safren <i>et al.</i> (1999)	$\alpha = 0,56-0,88$	Fator 1 = 0,37-0,72 Fator 4 = 0,18-0,47	Fator 1 = SIAS Fator 3 = SPS Fator 4 = SPS	—
Oakman <i>et al.</i> (2003)	—	—	TAS – escore > pânico, TOC	—
Yao <i>et al.</i> (1999)	—	0,49-0,67	Escores-trat a/p = 31,8-38,0/21,6-30,5	- 0,22 -- 0,19
Bobes <i>et al.</i> (1999)	$\alpha = 0,73-0,88$ T/R=0,82-0,88	0,48-0,79	Curva ROC = 0,95-0,98 Nota corte = 19,6-32,7	- 0,29 -- 0,28
Levin <i>et al.</i> (2002)	$\alpha = 0,91$ T/R=0,87-0,91	0,51-0,65	S = 0,87 TAS – escore > pânico	0,21-0,39
Soykan <i>et al.</i> (2003)	$\alpha = 0,95-0,98$ T/R = 0,97IA = 0,95-0,96	0,21-0,26	TAS – escores > TA > controle S = 95,5%	Não-significativo

α = alfa de Cronbach, IA = inter-avaliadores, S = sensibilidade, SIAS = social interaction anxiety scale, SPS = social phobia scale, TAS = grupo de sujeitos com transtorno de ansiedade social, TA = grupo de sujeitos com transtornos de ansiedade, TOC = grupo de sujeitos com transtorno obsessivo-compulsivo, trat a/p = tratamento antes e após, ROC = receiver operacional criteria.

escala total e para as subescalas no diagnóstico do TAS e do subtipo generalizado. Apontaram que, para a escala total, o escore 30 favorece melhor balanço entre especificidade e sensibilidade (93,3% dos indivíduos com TAS e 94,2% dos sem o transtorno identificados corretamente). Para a subescala de interação social, o escore 15 foi o mais adequado, classificando corretamente 87,9% dos indivíduos com TAS e 88,2% dos sem TAS. Também para a subescala de desempenho o escore 15 se mostrou o mais adequado, com 94,5% dos indivíduos com TAS e 94,1% dos sem TAS classificados corretamente. Para a identificação do subtipo generalizado, o escore 60 favoreceu melhor balanço entre sensibilidade e especificidade (72,5% TAS e 73,5% sem TAS classificados corretamente). O escore 47 aumentou a sensibilidade (92,3% TAS identificados corretamente) e o escore 73, a especificidade (88,2% sem TAS classificados corretamente).

Os dados obtidos nestes dois estudos, realizados com a versão hetero-aplicada, complementam os achados psicométricos prévios com relação à escala, reafirmando a validade da mesma para o uso em população clínica.

Com relação à modalidade de aplicação, a possibilidade de uso da versão auto-aplicada da LSAS foi verificada em dois estudos realizados em 1998. Koback *et al.* (1998) encontraram alta correlação entre as

versões auto-aplicada via computador e hetero-aplicada, apontando a adequação e possibilidade de uso desta última versão. Porém, tais dados foram objeto de questionamentos metodológicos (Fresco *et al.*, 2001; Baker *et al.*, 2002). Em outro estudo relativo à versão auto-aplicada, Cox *et al.* (1998), propondo-se a maior cuidado e rigor metodológico quanto a coleta dos dados, apontaram para restrição no uso da mesma, especialmente quanto à sua sensibilidade às mudanças decorrentes do tratamento.

Em função desta controvérsia, Fresco *et al.* (2001) e Baker *et al.* (2002) examinaram as propriedades psicométricas da versão auto-aplicada. Fresco *et al.* (2001) compararam as duas versões em amostra de pacientes identificados com TAS, oferecendo instruções de preenchimento bastante claras e detalhadas. Encontraram que as versões auto e hetero não diferiram quanto à fidedignidade, consistência interna, escore médio, validade convergente com a SIAS, SPS e *fear questionnaire* (FQ) e validade divergente com a *beck depression inventory* (BDI) e *Hamilton rating scale for depression* (HRSD). Baker *et al.* (2002) também relataram bons indicadores de: a) fidedignidade e consistência interna, b) validade convergente (principalmente em relação à versão hetero e à *social phobia and anxiety inventory* SPAI), c) validade divergente quando correlacionada sobretudo com medidas de depressão

(BDI), e d) adequada validade preditiva. Estes dois estudos mais recentes, apontaram para a equivalência entre as duas versões, confirmando a adequação da versão auto da LSAS, inclusive quanto à sensibilidade.

Outro ponto que foi objeto de questionamento e de novos estudos psicométricos diz respeito à validade de critério da LSAS, que no estudo original de Liebowitz foi proposta como contendo dois fatores, medo e evitação (Oakman *et al.*, 2003). Safren *et al.* (1999) realizaram um novo estudo objetivando reavaliar a estrutura fatorial da LSAS e evidenciaram que o modelo inicial de dois fatores não era satisfatório. Relataram que a análise fatorial exploratória da escala apontou quatro fatores, explicando 56,4% da variância, a saber: interação social (fator 1 = 34,5%), falar em público (fator 2 = 9,3%), ser observado por outros (fator 3 = 7,2%), comer e beber em público (fator 4 = 5,4%). Tais fatores apresentaram adequados indicadores de consistência interna, de validade convergente com medidas de ansiedade social (*fears of negative evaluation* [FNE], *social avoidance and distress scale* [SADS], FQ, SIAS, SPS), e de validade discriminante, sendo que o fator 1 correlacionou-se mais fortemente com a escala SIAS, e os fatores 3 e 4 com a escala SPS.

Baker *et al.* (2002) também realizaram o estudo fatorial da LSAS (versão auto) e encontraram, através da análise exploratória (rotação *varimax*), cinco fatores, explicando 60,3% da variância, a saber: interação social (21,7%), desempenho não-verbal (10,3%), comportamento de ingesta (10,1%), desempenho em público (9,5%) e confronto (8,7%).

Em outro estudo fatorial realizado por Oakman *et al.* (2003), utilizando também a versão auto-aplicada, os autores testaram vários modelos, confirmando a inadequação do modelo inicial proposto por Liebowitz. Do mesmo modo, relataram que o modelo de quatro fatores (medo, evitação, interação e desempenho) mostrou-se superior ao modelo de dois fatores, apontando para a sua utilidade no contexto clínico. Concluíram, que o modelo de quatro fatores proposto por Safren *et al.* (1999) mostrou-se o mais adequado comparativamente aos outros modelos testados, tanto para a versão auto, como para a hetero-aplicada.

Quanto aos estudos para validação da LSAS para outros idiomas, Yao *et al.* (1999) realizaram a validação francesa, Bobes *et al.* (1999) a espanhola, Levin *et al.* (2002) a hebraica e Soykan *et al.* (2003) a turca. Todos os estudos apontaram bons indicadores quanto à validade convergente com medidas de ansiedade social, e divergente com medidas gerais de ansiedade, depressão, esquizofrenia, timidez e funcionamento global, além de adequada sensibilidade, sobretudo ao tratamento com terapia cognitivo-comportamental. As versões para as línguas espanhola, turca e hebraica também evidenciaram bons indicadores de fidedignidade e consistência interna. Cabe ressaltar que o estudo desta última versão também analisou a validade de critério da escala, encontrando – diferentemente dos

outros estudos já citados – o modelo de três fatores como o mais adequado: desempenho e interação em grupo, interação dual e atividades individuais em público.

Bobes *et al.* (1999) salientaram ainda a maior capacidade da LSAS, em relação à SIAS, em identificar pacientes com diferentes graus de TAS, sugerindo o uso da LSAS para a avaliação da população espanhola.

Com exceção da validade de critério, as demais propriedades psicométricas, evidenciadas nestes estudos de versões para outros idiomas, mostraram-se semelhantes às observadas nos estudos realizados com a versão original inglesa, apontando para a adequação e possibilidade de uso da escala em diferentes contextos culturais.

Com base nos quatro fatores derivados da LSAS, identificados por Safren *et al.* (1999), Eng *et al.* (2000) procederam à análise de *cluster* visando verificar se grupos distintos de pacientes com TAS poderiam ser identificados com base no padrão de seus medos. Encontrou uma solução de três *clusters*, denominados em função do fator que melhor caracterizava o padrão de ansiedade: 1) ansiedade social difusa (escores superiores nos três fatores não relacionados ao falar em público); 2) ansiedade social moderada frente à interação (escores superiores no fator medo de interação social) e 3) ansiedade social dominante frente ao falar em público (escores elevados apenas neste fator). Foram evidenciadas diferenças estatísticas significativas em função da idade, do início do transtorno, dos subtipos do TAS, do nível de ansiedade geral e da frequência de comorbidades, sendo que os três grupos também mostraram, características similares com os subtipos do TAS previamente descritos na literatura.

Estudos relativos a escalas já validadas ou em validação

Quanto aos estudos relativos a outras escalas, oito trabalharam com a verificação das qualidades psicométricas de novos instrumentos e sete com instrumentos já validados.

As principais qualidades psicométricas evidenciadas nos estudos dos instrumentos são apresentadas na tabela 2.

Dentre os novos instrumentos propostos, Ishiyama (1999) estudou as características do *situational social avoidance scale* (SSAS). Trata-se de instrumento auto-aplicado de 15 itens, pontuados em escala *Likert* de sete pontos, que avalia a evitação de situações sociais específicas. Encontrou qualidades psicométricas satisfatórias para a população geral, com indicadores de alta fidedignidade teste-reteste e consistência interna, validade convergente através da correlação com outras medidas de ansiedade social (*cheek buss shyness scale* [CBS], *interaction anxiousness scale* [IAS], *social anxiety scale* [SAS] e SADS), e validade divergente através da correlação, sobretudo com medi-

Tabela 2. Principais qualidades psicométricas evidenciadas nos estudos relativos aos novos instrumentos e instrumentos anteriormente validados.

Autor/ano/ instrumento	Fidedignidade	Validade convergente	Validade preditiva/ discriminante	Validade divergente
Ishiyama (1999) SSAS	$\alpha = 0,72-0,92$ T/R = 0,86	0,60-0,78	—	0,36
Hofmann e DiBartolo (2000) SSPS	$\alpha = 0,75-0,86$	0,34-0,67	Escore – trat a/p = 11,2- 6,5	0,21
Connor <i>et al.</i> (2000) SPIN	$\alpha = 0,87-0,94$	0,46-0,87	S = 0,72 E = 0,84	0,68-0,70 TAS-escore > controle
Connor <i>et al.</i> (2001) MINI-SPIN	—	—	S = 88,7% E = 90%	—
Vilete <i>et al.</i> (2004) SPIN	$\alpha = 0,88$ Kappa = 0,78	—	—	—
Newman <i>et al.</i> (2003) SPDQ	$\alpha = 0,92$ Kappa = 0,63	0,32-0,64	TAS-escores \neq controle S = 82% E = 85%	0,28-0,32
Pinto-Gouveia <i>et al.</i> (2003) SIPAAS/ SPSBS	SIPAAS $\alpha = 0,92-0,95$ T/R = 0,83-0,86 SPSBS $\alpha = 0,82-0,87$ T/R = 0,69	SIPAAS = 0,52-0,67 SPSBS = 0,29-0,70	SIPAAS = TAS-escore > TA e controle SPSBS = TAS-escore > TA e controle	—
Turner <i>et al.</i> (2003) STABS	$\alpha = 0,93-0,96$ T/R = 0,93-0,94	—	S = 90,5% TAS-escore > TA e controle	—
Peters (2000) SPAI SIAS SPS	—	SPS x SIAS = 0,73 SPS x SPAI = 0,72 SPAI x SIAS = 0,85	Roc análise – AUC SPAI = 0,93; SPS = 0,80; SIAS = 0,86 SPAI- S = 0,8, E = 0,9 SIAS- S = 0,9, E = 0,6 SPS- S = 0,9, E = 0,7	—
Rodebaugh <i>et al.</i> (2000) SPAI	—	0,80	0,71 - 0,84	0,35
Olivares <i>et al.</i> (2001) SPS / SIAS	SPS - $\alpha = 0,90$ SIAS - $\alpha = 0,89$	—	—	—
Dell'Osso <i>et al.</i> (2002) SCI-SHY	Kappa = 0,50-0,69	—	—	—
Harb <i>et al.</i> (2003) SPRS	$\alpha = 0,82$	0,21-0,87	—	- 0,25 -- 0,12

α = alfa de Cronbach, T/R = teste/reteste, S = sensibilidade, E = especificidade,

SCI-SHY = structured clinical interview for social anxiety spectrum, SIAS = social interaction anxiety scale, SIPPAS = social interaction and performance anxiety and avoidance scale, SPAI = social phobia and anxiety inventory, SPDQ = social phobia diagnostic questionnaire, SPIN = social phobia inventory, SPRS = social performance rating scale, SPS = social phobia scale, SPSBS = social phobia safety behaviours scale, SSAS = situational avoidance scale, SSPS = self statements during public speaking scale, STABS = social thoughts and beliefs scale, TA = grupo de indivíduos com transtornos de ansiedade, TAS = grupo de sujeitos com transtorno de ansiedade social, trat a/p = tratamento antes e após, ROC = receiver operational criteria, AVC = area under the curve.

das de depressão (BDI). A análise fatorial apontou para a presença de três fatores: evitação de desempenho social, evitação de interação social e evitação de confronto, explicando 57,3% da variância, com *eigen-values* de 5,94%; 1,46%; 1,19%, respectivamente.

Hofmann e DiBartolo (2000), com base na SISST, desenvolveram a SSPS, um instrumento auto-apli-

cado, composto por dez itens pontuados em escala *Likert* de seis pontos, que objetiva avaliar a ansiedade envolvida na situação de falar em público. Os autores evidenciaram indicadores aceitáveis de fidedignidade, de validade divergente com a BDI, de validade convergente com medidas gerais de ansiedade social – SPAI, e com medidas específicas para avaliação do medo de

falar em público – *personal report of confidence as a speaker questionnaire* (PRCS), além de adequada validade discriminante. Apesar das limitações da amostra estudada (apenas sujeitos do sexo feminino), a escala mostrou-se adequada, principalmente para avaliar as alterações cognitivas relacionadas ao falar em público. A análise fatorial realizada indicou a presença de dois fatores, a saber: auto-avaliação positiva e auto-avaliação negativa, que explicam 69,2% da variância com *eigenvalues* de 4,27% e 1,55%, respectivamente.

Connor *et al.* (2000) desenvolveram e estudaram as qualidades psicométricas do SPIN, um instrumento de auto-avaliação, composto por 17 itens pontuados em escala *Likert* de quatro pontos, que objetiva avaliar o medo, a evitação e os sintomas fisiológicos associados ao TAS. Identificaram bons indicadores de fidedignidade, consistência interna, validade convergente (com a *brief social phobia scale* [BSPS], FQ e LSAS) e validade divergente (sobretudo com a *clinical global impression and improvement* [CGI]). Identificaram também a sensibilidade da escala em detectar a redução da sintomatologia após tratamento, atestando assim, a sua boa adequação para o uso na população clínica e não-clínica. O estudo fatorial indicou a presença de cinco fatores: falar com estranhos, crítica e embaraçamento, alterações fisiológicas, pessoas de autoridade e evitação quanto a ser o centro das atenções, com *eigenvalues* de 5,51%; 2,32%; 1,38%; 1,22% e 1,06%, respectivamente.

Em 2001, Connor *et al.* (2001) propuseram uma forma reduzida do SPIN, composta por três de seus itens, que em estudo empírico mostraram-se indicadores do transtorno, denominando este novo instrumento de rastreamento de mini-SPIN. Encontraram indicadores de boa sensibilidade e especificidade, evidenciando a boa capacidade discriminativa do instrumento para a identificação do TAS generalizado.

Vilete *et al.* (2004) traduziram e adaptaram a SPIN para o português, realizando o estudo da confiabilidade desta escala em uma população de adolescentes. As qualidades psicométricas estudadas foram consistência interna e fidedignidade, que se mostraram bastantes aceitáveis e semelhantes às obtidas na versão original na língua inglesa.

Newman *et al.* (2003), com base em algumas restrições apontadas quanto às qualidades psicométricas dos instrumentos já disponíveis para avaliação do TAS, propuseram desenvolver um novo instrumento auto-aplicável para *screening* de prováveis casos. Os autores, buscando garantir melhores qualidades psicométricas deste instrumento em relação aos demais, compuseram então, o *social phobia diagnostic questionnaire* (SPDQ), com um total de 15 itens. Estudaram: fidedignidade, consistência interna, validade preditiva, validade convergente (correlação com a *penn state worry questionnaire* [PSWQ] e com a SADS) e validade divergente (correlação com medidas de pânico, ansiedade generalizada e depressão), encontrando valores aceitáveis.

Dois novos instrumentos auto-aplicados foram também propostos em 2003 por Pinto-Gouveia *et al.*: o *social interaction and performance anxiety and avoidance scale* (SIPAAS) e o *social phobia safety behaviours scale* (SPSBS). O primeiro, com 44 itens pontuados em escala *Likert* de quatro pontos, caracteriza-se como um instrumento para a avaliação do medo e evitação diante de várias situações sociais e de desempenho. O segundo, com 15 itens também pontuados em escala *Likert* de quatro pontos, objetiva avaliar os comportamentos de auto-asseguramento utilizados pelos indivíduos com TAS na tentativa de evitar exposição a uma “catástrofe social”. Ambos foram estudados quanto à fidedignidade, consistência interna, validade convergente (com a *sheehan disability scale* [SDS], FNE e SADS) e preditiva. Quanto ao SIPAAS, encontraram bons parâmetros psicométricos, que não diferem dos indicadores já encontrados para a maioria das demais escalas, quanto às suas qualidades e os seus objetivos. Em relação ao SPSBS, as qualidades psicométricas evidenciadas também foram significativas, considerando-se, sobretudo, as limitações em termos de abrangência de um instrumento com estes objetivos.

Turner *et al.* (2003) desenvolveram o *social thoughts and beliefs scale* (STABS), um instrumento auto-aplicado composto por 21 itens pontuados em escala *Likert* de cinco pontos, que objetiva avaliar a presença de alterações cognitivas associadas ao TAS. A escala mostrou boas qualidades psicométricas, tendo sido avaliada quanto à fidedignidade, consistência interna e validade preditiva, discriminante e de conteúdo. Os autores evidenciaram dois fatores que explicam 61,9% da variância: comparação social (32,8%) e inadaptação social (29,8%), mostrando-se adequada para a finalidade proposta, apesar da ausência de parâmetros que avaliem sua validade concorrente.

Em relação aos estudos com instrumentos anteriormente validados, Peters (2000) estudou as propriedades psicométricas das escalas SPAI, SPS e SIAS. A primeira caracteriza-se pela avaliação dos sintomas somáticos, cognições e comportamentos frente a situações de medos associados ao TAS, sendo composta por 45 itens, avaliados em escala *Likert* de sete pontos. As escalas SPS e SIAS foram desenvolvidas conjuntamente, avaliando respectivamente a ansiedade e o medo envolvidos na situação de desempenho e de interação social, sendo compostas por 20 itens cada, pontuados em escala *Likert* de cinco pontos. Estes instrumentos são bastante conhecidos e utilizados, tendo sido amplamente estudados quanto às suas qualidades psicométricas. No estudo analisado, o objetivo foi comparar as potencialidades das mesmas em discriminar o TAS de outros transtornos de ansiedade. Assim, o autor detectou que as três escalas mostraram-se bastante adequadas, principalmente para discriminar o TAS do transtorno do pânico. Com

base na regressão logística, a SPAI foi considerada como a melhor medida para predição do TAS.

Rodebaugh *et al.* (2000) também estudaram a SPAI, procurando avaliar as características de validade da escala com outras medidas auto-aplicadas para avaliação do TAS e com técnicas de avaliação do comportamento (*role play*). Os autores evidenciaram, apesar da pequena amostra estudada (N = 20), excelentes indicadores de validade convergente com a *self consciousness scale-sub-escala public self consciousness*, validade discriminante com a *social interaction self-statement test* (SISST) e com *role play* de ansiedade, e validade divergente com a *self consciousness scale-sub-escala privative self consciousness*.

Olivares *et al.* (2001) propuseram-se a avaliar a estrutura fatorial da versão na língua espanhola das escalas SPS e SIAS. Encontraram bons indicadores de consistência interna e a análise fatorial apontou como mais adequado o modelo de dois fatores proposto por Matick e Clarkes (1998): fator 1: interação social (mais relacionado com a SIAS); e fator 2: ansiedade de desempenho (mais relacionado com a SPS).

Dell'Osso *et al.* (2002) avaliaram as propriedades psicométricas da versão auto-aplicada da *social anxiety spectrum* (SCI-SHY) em relação à versão hetero-aplicada. Trata-se de um instrumento composto por definições operacionais e clínicas do espectro da ansiedade social, distribuídas em 164 itens, tendo sido estudada quanto à consistência interna, fidedignidade, validade convergente e discriminante. Apesar de não apresentarem os parâmetros psicométricos, os autores afirmam que houve boa correlação entre as duas versões, sugerindo o uso da versão auto-aplicada pela facilidade e rapidez de aplicação.

Harb *et al.* (2003) estudaram uma versão modificada da *social performance rating scale* (SPRS), objetivando verificar os achados de validade e utilidade da escala na avaliação de indicadores de ansiedade em *role-playing* de interação social, relativos a situação do falar em público. Os dados obtidos evidenciaram que a ansiedade do falar em público é comportamentalmente manifesta e pode ser medida pela SPRS. A escala apresentou valores aceitáveis de fidedignidade e consistência interna. A validade convergente (correlações com sintomas de ansiedade através da *anxiety disorders interview schedule revised-clinician severity rating* [ADIS-R-CSR], e com medidas de medo e evitação de desempenho social – LSAS, SPS, FQ, FNE e impressão do observador) mostrou-se bastante satisfatória, bem como a validade divergente (correlações com LSAS – sub-escala de interação social e SIAS), comprovando a adequação dessa versão.

Shevlen e Lewis (1999) avaliaram a estrutura fatorial da *revised social anxiety scale* (RSAS). Trata-se de um instrumento composto por seis itens, pontuados em escala *Likert* de quatro pontos, que avalia os aspectos afetivos e comportamentais da

ansiedade social. Os autores verificaram bons indicadores de consistência interna e fidedignidade, e a análise fatorial exploratória evidenciou dois fatores que explicaram 65% da variância: dificuldade em situações de desempenho verbal (48%) e timidez (17%).

Furmark *et al.* (2000) estudaram as versões suecas da SIAS e SPS, propondo-se a explorar a prevalência e a descrição das características empíricas dos subgrupos de TAS em relação à população geral, por meio da análise de *cluster*. Identificaram um modelo de três *clusters*, que variaram em função das quatro variáveis estudadas (aflição social, número de situações de medo, nível de prejuízo funcional e número de critérios para o transtorno de personalidade evitativo). Escores elevados, classificados como grave, relacionaram-se ao subtipo generalizado do TAS; o moderado, ao TAS não generalizado e o baixo, ao sub-tipo discreto. A prevalência destes subtipos é estimada respectivamente em 2%; 5,9% e 7,7%. Concluíram que os três *clusters* são semelhantes aos subtipos descritos por Heimberg *et al.* (1993), evidenciando que o subtipo generalizado é o dominante na população clínica e o subtipo discreto predomina na população geral. O medo de falar em público caracterizou-se como a situação fóbica mais comum em todos os subgrupos (80%).

Discussão

De forma geral, todos os instrumentos estudados mostraram qualidades psicométricas aceitáveis dentro dos padrões analisados.

Quanto aos estudos com a LSAS, destaca-se não só o maior número, como o refinamento dos mesmos, quando comparados aos estudos relacionados aos demais instrumentos já validados. Todos os estudos evidenciaram a boa adequação da LSAS em suas duas versões, auto e hetero-aplicada, com bons indicadores de fidedignidade teste-reteste, consistência interna, validade convergente, divergente e discriminante, sobretudo na avaliação da população clínica. Quanto à validade de critério, os estudos apontaram como consenso que o modelo inicial de dois fatores é pouco adequado, havendo ainda, certas divergências quanto ao modelo fatorial mais apropriado, com tendência em prevalecer como aceito o de quatro fatores descritos por Safren *et al.* (1999). As boas qualidades psicométricas da escala têm estimulado o seu uso em diferentes culturas, motivando o estudo de versões para outros idiomas. Tal análise evidencia a tendência da LSAS vir a se consagrar como o principal “padrão-ouro” para os estudos relativos ao TAS.

O reconhecimento de um instrumento sistematicamente estudado como “padrão-ouro” faz-se necessário, sendo esta uma das limitações evidenciadas no conjunto dos artigos analisados. Tal ausência impossibilita que os parâmetros obtidos com os diversos instrumentos que avaliam o TAS possam ser diretamente comparados,

no que diz respeito às suas capacidades de avaliação, especificidades psicométricas e potencialidades.

Quanto aos instrumentos recentemente propostos, percebe-se a adequação dos mesmos quanto aos padrões psicométricos. Constata-se que, com exceção do SSPS, SPSBS e STABS, têm objetivos bastante semelhantes, ou seja, a avaliação do medo e da evitação das situações sociais e de desempenho, porém diferindo quanto às suas peculiaridades. O SPIN, mini-SPIN e SPDQ destacam-se pela facilidade e rapidez de aplicação, podendo ser utilizados como instrumentos de rastreamento. Maior destaque cabe ao SPIN, por incluir a avaliação de sintomas fisiológicos associados ao TAS, que é um importante domínio relacionado ao transtorno. O SSAS e SIPAAS destacam-se por informarem de maneira mais ampla sobre as situações sociais e de desempenho evitadas; o SSPS por avaliar a ansiedade envolvida na situação de falar em público. Já a STABS e SPSB têm a importância de avaliarem, respectivamente, as alterações cognitivas e os comportamentos de asseguramento associados ao TAS, favorecendo o direcionamento e o planejamento do tratamento, sobretudo, no contexto das terapias cognitivo-comportamentais. Apesar destes novos instrumentos parecerem diferir pouco em relação aos demais já disponíveis, quanto a seus objetivos e características psicométricas, os principais pontos positivos evidenciados em relação aos mesmos foram: a) facilidade e rapidez na aplicação, favorecendo o uso dos mesmos em maior escala, como instrumentos de rastreamento na população geral; e b) foco em aspectos mais específicos do TAS, objetivando melhor precisão quanto ao encaminhamento terapêutico.

Em relação aos estudos com outros instrumentos já validados, destacam-se os trabalhos com a SIAS, SPS e SPAI, permitindo ampliar o conhecimento sobre as suas propriedades psicométricas, por meio da análise fatorial e de *cluster*, visando delimitar o alcance no uso dos mesmos.

Algumas limitações podem ser pontuadas em relação ao conjunto dos artigos analisados, no que diz respeito à composição amostral: a) observou-se pouco detalhamento quanto aos critérios de inclusão e exclusão das amostras, dificultando a precisa caracterização das mesmas; b) na maioria dos estudos há uma concentração de sujeitos em torno da faixa etária dos

30 aos 35 anos, o que até certo ponto pode favorecer a inclusão de comorbidades, já que a faixa etária de início do TAS normalmente ocorre no início da adolescência (Kessler *et al.*, 1998; Sareen e Stein, 2000; Mathew *et al.*, 2001); c) um pequeno número de estudos utilizou como parâmetro metodológico a comparação de amostras de indivíduos com TAS, com outros transtornos de ansiedade e controles saudáveis; d) na maioria dos estudos ocorreu a priorização de amostras de indivíduos com TAS, o que favorece a investigação clínica em pacientes identificados, no que diz respeito a avaliação, a evolução e a respostas ao tratamento, porém dificultando a extensão dos achados para a população de sujeitos não identificados como portadores de TAS e o uso dos instrumentos para rastreamento.

Uma vez que o TAS aparece como uma condição pouco reconhecida e subestimada (Pollack, 2001; Martín-Santos e Crippa, 2003), tanto pelos indivíduos como pelos clínicos, e que seu diagnóstico precoce pode evitar o desenvolvimento de comorbidades, favorecendo melhor prognóstico (Moutier e Stein, 1999; Wittchen e Fehm, 2001), considera-se crucial o seu reconhecimento, por meio do uso de instrumentos de rastreamento, especialmente em contexto primário de atenção à saúde.

Conclusões

A análise das qualidades psicométricas deste conjunto de 15 instrumentos evidenciou que os mesmos têm assegurado boas qualidades psicométricas. Contudo, faz-se necessário aprimorar o estudo de tais qualidades psicométricas por meio de estudos empíricos que tenham por delineamento o rastreamento em populações clínicas e não-clínicas de indivíduos com TAS, e em pessoas mais jovens, com rigoroso controle quanto as comorbidades.

Ainda, na direção de futuros estudos, faz-se necessário aprimorar os estudos de validação de critério quanto à identificação dos fatores e *clusters*, o que poderá contribuir de forma sistemática para o planejamento e avaliação da eficácia de abordagens terapêuticas com o TAS. Considera-se que a melhor aferição destes instrumentos poderá favorecer estudos empíricos, que poderão evidenciar as peculiaridades diagnósticas e terapêuticas do TAS.

Referências bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (APA) - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed, Washington (DC), 1994.
- BAKER, S.L.; HEINRICHS, N.; HYO-JIN, K.; HOFMANN, S.G. - The Liebowitz Social Anxiety Scale as a Self-Report Instrument: a Preliminary Psychometric Analysis. *Behav Res Ther* 40: 701-15, 2002.
- BOBES, J.; BADÍA, X.; LUQUE, A. *et al.* - Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz social anxiety scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)* 112: 530-8, 1999.
- CONNOR, K.M.; DAVIDSON, J.R.; CHURCHILL, L.E. *et al.* - Psychometric Properties of Social Phobia Inventory (SPIN). *Br J Psychiatry* 176: 379-86, 2000.
- CONNOR, K.M.; KOBAK, K.A.; CHURCHILL, L.E. *et al.* - Mini-Spin: A Brief Screening Assessment for Generalized Social Anxiety Disorder. *Depress Anxiety* 14: 137-40, 2001.
- COX, B.J.; ROSS, L.; SWINSON, R.P.; DERENFELD, D.M. - A Comparison of Social Phobia Outcome Measures in Cognitive-Behavioral Group Therapy. *Behavior Modification* 22: 285-97, 1998.
- DELL'OSSO, L.; RUCCI, P.; CASSANO, G.B. *et al.* - Measuring Social Anxiety and Obsessive-Compulsive Spectra: Comparison of Interviews and Self-Report Instruments. *Compr Psychiatry* 43(2): 81-7, 2002.
- ENG, W.; HEIMBERG, R.G.; COLES, M.E. *et al.* - An Empirical Approach to Subtype Identification in Individuals with Social Phobia. *Psychol Med* 30(6): 1345-57, 2000.
- FRESCO, D.M.; COLES, M.E.; HEIMBERG, R.G. *et al.* - The Liebowitz Social Anxiety Scale: a Comparison of the Psychometric Properties of Self-Report and Clinician-Administered Formats. *Psychol Med* 31(6): 1025-35, 2001.
- FURMARK, T.; TILLFORS, M.; STATTIN, H. *et al.* - Social Phobia Subtypes in the General Population Revealed by Cluster Analysis. *Psychol Med* 30(6): 1335-1344, 2000.
- GREIST, J.H.; KOBACK, K.A.; JEFFERSON, J.W. *et al.* - The Clinical Interview. In: Heimberg M, Liebowitz M, Hope D, Schneier F. Social Phobia: *Diagnoses Assessment and treatment*. New York, Guilford Press, pp. 185-201, 1995.
- HARB, G.C.; ENG, W.; ZAIDER, T.; HEIMBERG, R.G. - Behavioral Assessment of Public-Speaking Anxiety Using a Modified Version of the Social Performance Rating Scale. *Behav Res Ther* 41: 1373-80, 2003.
- HEIMBERG, R.G.; HOLT, C.S.; SCHNEIER, F.R. *et al.* - The Issue of Subtypes in the Diagnoses of Social Phobia. *J Anxiety Disord* 7: 249-69, 1993.
- HEIMBERG, R.G.; HORNER, K.J.; JUSTER, H.R. *et al.* - Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med* 29(1): 199-212, 1999.
- HOFMANN, S.G.; DI BARTOLO, P.M. - An Instrument to Assess Self-Statements During Public Speaking: Scale Development and Preliminary Psychometric Properties. *Behav Ther* 31: 499-515, 2000.
- ISHIYAMA, F.I. - Development and Validation of a Situational Social Avoidance Scale. *Psychol Rep* 85: 114-20, 1999.
- KESSLER, R.C.; STEIN, M.B.; BERGLUND, P. - Social Phobia Subtypes in National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 155(5): 613-9, 1998.
- KOBAK, K.A.; SCHAETTLE, S.C.; GREIST, J.H. *et al.* - Computer-Administered Rating Scales for Social Anxiety in a Clinical Drug Trial. *Depress Anxiety* 7: 97-104, 1998.
- LEVIN, J.B.; MAROM, S.; GUR, S. *et al.* - Psychometric Properties and Three Proposed Subscales of a Self-Report Version of the Liebowitz Social Anxiety Scale Translated into Hebrew. *Depress Anxiety* 16: 143-51, 2002.
- MARTÍN-SANTOS, R.; CRIPPA, J.A. - Transtornos de ansiedad en atención primaria. In: Solá VP (org). *Abordaje de los problemas de salud mental en el ámbito extrahospitalario*, Barcelona, Profármaco, pp. 17-31, 2003.
- MATHEW, S.J.; COPLAN, J.D.; GORMAN, J.M. - Neurobiological Mechanisms of Social Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry* 158(10): 1558-67, 2001.
- MATTICK, R.P.; CLARKE, J.C. - Development and Validation of Measures of Social Phobia Screening Fear and Social Interaction Anxiety. *Beh Res Ther* 36: 455-70, 1998.
- MENNIN, D.S.; FRESCO, D.M.; HEIMBERG, R.G. *et al.* - Screening for Social Anxiety Disorder in the Clinical Setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 16: 661-73, 2002.
- MOUTIER, C.Y.; STEIN, M.B. - The History, Epidemiology, and Differential Diagnoses of Social Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry* 60(Suppl 9): 4-8, 1999.
- NEWMAN, M.G.; KACHIN, K.E.; ZUELLIG, A.R. *et al.* - The Social Phobia Diagnostic Questionnaire: Preliminary Validation of a New Self-Report Diagnostic Measure of Social Phobia. *Psychol Med* 33: 623-35, 2003.
- OAKMAN, J.; AMERINGEN, M.V.; MANCINI, C. - A confirmatory Factor Analysis of a Self-Report Version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Clin Psychol* 59(1): 149-61, 2003.
- OLIVARES, J.; GARCÍA-LÓPEZ, L.J.; HIDALGO, M.D. - The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor Structure and Reliability in a Spanish-Speaking Population. *J psychoeducational assessment* 19: 69-80, 2001.
- PETERS, L. - Discriminant Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI), the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Behav Res Ther* 38: 943-950, 2000.
- PINTO-GOUVEIA, J.; CUNHA, M.I.; SALVADOR, M.C. - Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: the Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 31: 291-311, 2003.
- POLLACK, M.H. - Comorbidity, Neurobiology, and Pharmacotherapy of Social Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry* 62 (Suppl 12): 24-9, 2001.
- RODEBAUGH, T.L.; CHAMBLESS, D.L.; TERRILL, D.R.; *et al.* - Convergent, Discriminant, and Criterion-Related Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Depress Anxiety* 11: 10-4, 2000.

- SAFREN, S.A.; HORNER, K.J.; JUSTER, H.R. *et al.* - Factor Structure of Social Fears: Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 13(3): 253-70, 1999.
- SAREEN, J.; STEIN, M. - A Review of the Epidemiology and Approaches to the Treatment of Social Anxiety Disorder. *Drugs* 59(3): 497-509, 2000.
- SHEVLIN, M.E.; LEWIS, C.A. - The Revised Social Anxiety Scale: Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *J Soc Psychol* 139(2): 250-2, 1999.
- SOYKAN, Ç.; ÖZGÜVEN, H.D.; GENÇÖZ, T. - Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish Version. *Psychol Rep* 93: 1059-69, 2003.
- TURNER, S.M.; JOHNSON, M.R.; BEIDEL, D.C. *et al.* - The Social Thoughts and Beliefs Scale: a new Inventory for Assessing Cognitions in Social Phobia. *Psychol Assess* 15(3): 384-91, 2003.
- VERSIANI, M. - Princípios gerais básicos das escalas de avaliação (histórico, diferentes tipos de escalas, problemas de avaliação). In: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica, editor. Escalas de avaliação para monitorização de tratamentos com psicofármacos. São Paulo, Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia, 1989.
- VILETE, L.M.P.; COUTINHO, E.S.F.; FIGUEIRA, I.L.V.A. - Confiabilidade da versão em Português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 20(1): 89-99, 2004.
- YAO, S.N.; NOTE, I.; FANGET, F. *et al.* - Social Anxiety in Patients with Social Phobia: Valitation of the Liebowitz Social Anxiety Scale: the French Version. *L'Encéphale* 25(5): 429-35, 1999.
- WITTCHEN, H.U.; FEHM, L. - Epidemiology, Patterns of Comorbidity, and Associated Disabilities of Social Phobia. *Psych Clin North Am* 24(4): 617-41, 2001.